Mutualia

Voortzetten van de zelfstandige activiteit, die zij onmiddellijk vóór de periode van moederschapsbescherming uitoefende, door een zwangere of bevallen werkneemster of door een werkneemster die borstvoeding geeft en voor wie een maatregel van werkverwijdering is genomen als bedoeld in de artikelen 42 § 1, 43 of 43bis van de arbeidswet

IN TE VULLEN DOOR DE WERKHERVATTER

OF HIER EEN KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN

Naam : .....

Voornaam : .....

Rijksregisternr. : .....

Straat en nr. : .....

Postcode en gemeente : .....

Tel. : .....

E-mail : .....

AANVRAAG OM MACHTIGING AAN DE ADVISEREND GENEESHEER

- Ik verklaar recht te hebben op een maatregel van werkverwijdering[1] als bedoeld in de artikelen 42 §1, 43 of 43bis van de arbeidswet wegens de uitoefening van een activiteit bedoeld in die wet (bezoldigde of ermee gelijkgestelde activiteit), waarvan de aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden voor het uitoefenen ervan hierna wordt beschreven.
- Ik verklaar onmiddellijk voor de voormelde periode van moederschapsbescherming een niet door de arbeidswet bedoelde activiteit (als zelfstandige) te hebben uitgeoefend, waarvan de aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden vóór het uitoefenen ervan hierna worden beschreven.
- Ik vraag de machtiging om laatstgenoemde activiteit (als zelfstandige) voort te zetten tijdens de periode, waarvoor in het kader van mijn bezoldigde activiteit (of ermee gelijkgestelde activiteit) een maatregel van moederschapsbescherming geldt.

BELANGRIJKE WAARSCHUWING

Ik heb er kennis van genomen dat mijn moederschapsuiikeringen met 10 % worden verminderd, als de gevraagde machtiging mij wordt verleend. Zelfs als ik de toegestane activiteit niet werkelijk uitoefen, zullen de uitkeringen met 10 % verminderd blijven gedurende de hele periode van moederschapsbescherming of een deelervan.
Op straffe van het volledige verlies van het recht op mijn mpederschapsuitkeringen verbind ik mij ertoe, die activiteit (als zelfstandige) niet uit te oefenen tijdens de dagen of uren, tijdens welke ik zou hebben gewerkt als er geen beschermingsmaatregel was genomen (bezoldigde of ermee gelijkgestelde activiteit).
Deze aanvraag is bestemd voor de adviserend geneesheer. We raden u aan deze tegen een ontvangstbewijs af te geven of ze aangetekend te versturen, als u over het bewijs van de verzending van die aanvraag wenst te beschikken.
De aanvraag en het medisch getuigschrift van uw behandelend geneesheer (zie verder) mogen niet apart worden verzonden. Deze stukken moeten zo snel mogelijk bij de adviserend geneesheer toekomen.

[1] Een tijdelijke aanpassing van de arbeidsomstandigheden of van dé arbeidstijd, overplaatsing, schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst en verbod op het vervullen van nachtarbeid.

MyMutualia Voor een snellere behandeling kunt u ons het ingevulde formulier terugsturen via het tabblad « formulier opladen » van ons online loket « MyMutualia ». In dat geval is het origineel niet meer nodig.

In overeenstemming met de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (AVG), informeren wij u dat wij - als verwerker - uw gegevens verwerken in het kader van onze opdracht tot deelname aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen onder de verantwoordelijkheid van LNZ (Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen) die verantwoordelijk is voor de verwerking van de federale materies is, en onder de verantwoordelijkheid van de RMOB's van de neutrale ziekenfondsen, verwerkingsverantwoordelijken voor de geregionaliseerde materies. Voor bijkomende inlichtingen kunt u onze privacyverklaring raadplegen of contact met ons opnemen via info@mutualia.be.

ADMINISTRATIEVE ZETEL
Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL
Brand Whitlocklaan, 87/93 bus 4
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680

IN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

	Bezoldigde activiteit	Zelfstandige activiteit
Aard		
Volume		
Voorwaarde voor het uitoefenen		

Werktijd	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
06:00							
07:00							
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

B - uitoefenen van de bezoldigde activiteit
Z - uitoefenen van de zelfstandige activiteit
R – rustperiode

Datum :

Handtekening van de gerechtigde:

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE GENEESHEER

Vermoedelijke datum van de bevalling :

- Ik ondergetekende, geneesheer, verklaar dat ik bovenvermelde persoon verzorg en ik bevestig dat de bovenvermelde zelfstandige activiteit, die zij onmiddellijk voor de periode van moederschapsbescherming uitoefende, geen risico inhoudt voor haar gezondheid noch voor die van haar kind.
- Op voorwaarde dat zij de hierna bepaalde voorwaarden voor de uitoefening naleeft:
- Ik verzoek mijn confrater, adviserend geneesheer, om mij, als hij niet akkoord gaat, zijn beslissing mee te delen.

Datum : Handtekening van de behandelend geneesheer : Stempel: